



# GYNVELEN · GYMNÜNSTER

PRAXIS UND KLINIK FÜR OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

J. C. van Vlijmen · Dr. med. K. Waldmann

Dr. med. A. Noldes · S. Heinemann · Dr. med. M. Oenning

I. Schmeken · L. Scheringa-Seinen · D. Hallermann-Hoedt

Fachärzte für Frauenheilkunde – ambulante und kurzstationäre Operationen

## Anamneseformular ambulante Operationen

Sehr geehrte Patientin,  
die Mitarbeiter der Tagesklinik in Velen heißen Sie herzlich willkommen. Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ freiwillig versichert Ja o  
Straße/PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Nein o  
\_\_\_\_\_ private Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ 1 Bettzimmer o  
Telefon Mobil \_\_\_\_\_ 2 Bettzimmer o  
E-Mail \_\_\_\_\_ Chefarztbehandlung o  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Größe/Gewicht: \_\_\_\_\_ Privatversicherung: \_\_\_\_\_  
Beihilfe berechtigt Ja o Nein o

Adresse des überweisenden  
Gynäkologen: \_\_\_\_\_ Hausarztes: \_\_\_\_\_

- |  | Ja                    | Nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Besteht eine Schwangerschaft?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Tragen Sie z.Zt. eine Spirale?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Nehmen Sie eine Anti-Baby-Pille ein? ggf. welche _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Wann begann Ihre letzte Regelblutung? _____   |                       |                       |
| 5. Wie viele Geburten hatten Sie? _____  |                       |                       |
| 6. Wie viele Fehlgeburten hatten Sie? _____  |                       |                       |
| 7. Hatten Sie schon einmal eine Eileiter-Schwangerschaft? ggf. wann _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Sind Sie allergisch (überempfindlich) gegen Medikamente o.a. Stoffe? ggf. gegen welche: _____                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Liegt bei Ihnen eine außergewöhnliche Blutungsneigung (Gerinnungsstörung) vor? _____                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Frühere Operationen (z.B. Kaiserschnitt, Blinddarmentf.) _____ und durchgemachte schwere Erkrankungen: _____ |                       |                       |
| 12. Welche Beschwerden haben Sie? _____  |                       |                       |
| 13. Was bzw. weshalb soll operiert werden? _____   |                       |                       |
| 14. Bitte informieren Sie uns persönlich, falls ein positiver HIV-(AIDS-)Test vorliegt!                          |                       |                       |

Bei fehlender Krankenversicherung verpflichtet sich die Patientin, die sich aus der Behandlung ergebenden Kosten gemäß GOÄ Honorarabrechnung gegenüber der Praxis selbst zu erstatten! Ich versichere hiermit gegenüber der Praxis, dass zum Zeitpunkt der Behandlung eine Krankenversicherung besteht.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_